

**Considérations générales
sur l'abcès amibien du poumon
à propos d'une observation
avec présence d'amibes dans l'expectoration**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

LE JUILLET 1941

PAR

Joseph BENMOUSSA

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Janvier 1914, à TUNIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MATTEI

AUDIER
RECORDIER
BRAHIC

Président

Assesseurs

Marcel LECONTE

Imprimeur-Editeur
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
1941

**Considérations générales
sur l'abcès amibien du poumon
à propos d'une observation
avec présence d'amibes dans l'expectoration**

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

**Considérations générales
sur l'abcès amibien du poumon
à propos d'une observation
avec présence d'amibes dans l'expectoration**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

LE JUILLET 1941

PAR

Joseph BENMOUSSA

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Janvier 1914, à TUNIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MATTEI

Président

AUDIER
RECORDIER
BRAHIC

Assesseurs

Marcel LECONTE

Imprimeur-Editeur

98, Cours Lieutaud, 98

MARSEILLE

1941

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	N.
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	N.
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de cours

Clinique dermatologique VIGNE



Agrégés en exercice

MM. SAUTET
DUBOULOZ
MOIROUD
BERTHIER
POINSO
JAYLE
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA

MM.
ARNOUX
CHOSSON
DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres

MM. QUINTARET

PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique SALMON
Chimie minérale ARNOUX
Clinique des maladies contagieuses PERIOT
Médecine opératoire DOR
Microbiologie BOYER
Neuro-Chirurgie ARNAUD
Obstétrique CHOSSON
Pharmacie Chimique DELPHAUT
Psychiatrie ALLIEZ
Toxicologie GUILLOT

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES MATTEI
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse et de me gui-
der de ses conseils éclairés.*

Avec toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUDIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RECORDIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRAHIC

A MONSIEUR LE DOCTEUR S. BENMUSSA
MÉDECIN DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS

*En reconnaissance de ses conseils et
de sa sollicitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Introduction

DÉFINITION

L'amibiase pulmonaire est l'infestation du poumon par l'amibe dysentérique.

La localisation des lésions amibiennes sur le poumon est connue de longue date, mais les lésions observées relèvent le plus souvent d'une propagation du processus amibien du foie au poumon par continuité. En France, où les publications sur ce sujet sont relativement nombreuses, nous pouvons citer les observations de Rist, Ameuille et M^{lle} de Pfeiffel, Emile Weil et Lamy, Dargein et Doré, Lemierre et Kourilsky, Pellé et Le Baron, Pissavy, Gréger et Chabrun, Louis Ramond, Denoyelle et Lautmann, Petzetakis, Cordier de Lyon, P^r Matteï, Sfez, Bonan et Zérah.

Si l'on excepte l'observation Sfez, Bonan, Zérah, et l'observation signée Pellé et Le Baron, l'examen bactériologique du pus et des crachats fut toujours négatif. « Impossible de trouver l'amibe dans les vomiques ou l'expectoration » nous déclarent Dargein et Doré, qui admettent cependant l'origine amibienne de l'abcès du poumon présenté par leur malade, de même Cordier l'admet sans avoir constaté la présence d'amibes dans les crachats.

Dans presque toutes les observations publiées, l'infection primitive était hépatique, ainsi sur les vingt-neuf cas rapportés par Lautmann dans sa remarquable thèse sur les abcès amibiens du poumon, vingt-deux sont

secondaires à une hépatite. Dans l'observation de Rist, Ameuille et M^{lle} de Pfeiffel, le foie est indolore, cependant à l'autopsie on y découvre deux abcès. Pour Petzetakis, les abcès du poumon sans abcès du foie sont extrêmement rares.

Ainsi donc l'amibiase pulmonaire pure, qui se manifeste indépendamment de toute lésion du foie, l'amibe provenant du gros intestin ayant brûlé l'étape hépatique, est une rareté. C'est de cette forme que nous nous occuperons plus spécialement, notre observation rentrant dans ce cadre.

Etiologie

Milieu géographique. — C'est celui de la dysenterie, les régions tropicales, l'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Tunisie), l'Extrême-Orient.

A l'heure actuelle, cette maladie devient de plus en plus européenne, vu le nombre considérable de porteurs de germes ambiens, anciens coloniaux de retour dans leur pays d'origine.

Sexe. — Elle frappe l'homme beaucoup plus que la femme.

Homme de 20 à 50 ans..

Elle succède toujours à la dysenterie pouvant commencer en pleine crise ou quelques semaines après la crise, mais le plus souvent tardivement des mois ou des années.

Fréquence. — Relativement fréquente, mais ce qui est curieux à noter, c'est la rareté des cas publiés dans les pays ou terres infestés d'amibes : Maroc, Algérie, Tunisie, et le grand nombre de cas publiés en France et à l'étranger.

Pathogénie

Ailleurs que dans l'intestin, habitat normal de l'amibe où il se rencontre à l'état kystique et où il parcourt son cycle évolutif complet, ne se rencontrent que des formes mobiles.

Pour arriver à infester le poumon, l'amibe a à sa disposition trois voies :

- la voie lymphosanguine ;
- la voie sanguine extra hépatique ;
- la voie sanguine transhépatique.

La première de ces voies passe par les chylifères, les ganglions mésentériques, le tronc lymphatique, la veine sous-clavière gauche, la veine cave supérieure, le cœur droit et l'artère pulmonaire.

La seconde extra hépatique par les anastomoses porto-cave n'est presque jamais empruntée par l'amibe.

Quant à la troisième, la voie transhépatique représente la voie habituellement suivie, empruntant la veine porte, le foie, la veine cave inférieure, le cœur droit, l'artère pulmonaire.

Le plus souvent, l'amibe, une fois arrivée au foie, s'y installe et colonise sur place, mais ce relais peut être sauté et l'amibe continuant son parcours remonte le long de la veine cave inférieure et arrive au poumon après avoir passé par le cœur droit et l'artère pulmonaire. C'est dans des conditions pareilles que nous assistons à l'amibiase pulmonaire primitive, pure, sans période ini-

tiale hépatique (observations n^{os} 2, 3). Ce sont là des faits rares, et le plus souvent l'amibiase pulmonaire succède à l'amibiase hépatique, dans ces cas outre la voie sanguine offerte au parasite, il en existe une autre, la voie lymphathique par les anastomoses unissant les lymphatiques du péritoine, de l'espace péri-hépatique à ceux de la plèvre, à travers le diaphragme.

Enfin l'amibe peut faire irruption dans le poumon par rupture d'un abcès du foie à travers le diaphragme.

Arrivée au poumon, l'amibe agit sur le tissu pulmonaire comme elle le fait sur l'intestin ou le foie, créant des zones de nécrose causées soit par les mouvements de l'amibe ou par sa toxine (Hanis, Concilman et Lefleur-Dopter). C'est la diffusion de cette toxine non isolée qui expliquerait l'étendue et l'intensité des réactions au voisinage des foyers amibiens.

La nécrose détruit la charpente élastique des alvéoles, ulcère les vaisseaux voisins d'où hémorragies, production de caillots de masse de fibrine.

Il se forme ainsi une zone limitée de nécrose où l'amibe pénètre, pullule, étendant ses ravages, c'est le « foyer de nécrose sèche ».

Des foyers de nécrose voisins se créent en « grappe de raisin », au fur et à mesure que chaque pédicule artériel se thrombose.

Sous l'influence d'une réaction inflammatoire du poumon, les foyers de nécrose se liquéfient et confluent, c'est le stade ulcéro-nécrobique.

La suppuration s'établit secondairement sous l'action des microbes vivant en symbiose avec l'amibe, une membrane pyogénique se crée et l'abcès proprement dit est constitué.

Symptomatologie

Période de début. — Il s'agit d'un adulte homme le plus souvent, de 20 à 45 ans, habitant les colonies ou y ayant séjourné plus ou moins longtemps. Dans ses antécédents, on note un épisode dysentérique plus ou moins net. Parfois, et ceci est rare, l'abcès pulmonaire survient au cours d'une crise dysentérique.

Le début est presque toujours brutal. Le malade est pris, le soir en général, d'une douleur atroce siégeant à la base de l'hémithorax droit, soit en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate, soit en avant sous le mamelon, douleur continue avec parfois des paroxysmes, le plus souvent sans irradiations, mais pouvant quelquefois, lorsque la douleur est bas située, irradier à l'épaule.

Cette douleur intense est le seul signe de début, pas de dyspnée, pas d'oppression, pas de toux ni expectoration. Quelquefois une élévation de la température, surtout le soir (Obs. n° 3).

Au bout de quelques jours, le point de côté diminue, il persiste seulement un peu de gêne et des élancements à l'inspiration profonde. Mais il apparaît une toux quinteuse fatigante, réveillant la douleur, sèche, le plus souvent sans expectoration ou avec une expectoration banale, muqueuse, sans caractères bien définis.

A cette période, les signes physiques sont presque inexisants, parfois une légère submatité avec diminution de la respiration (Obs. n° 3). Le diagnostic, à cette époque, est impossible à faire et l'on parle de névralgie intercostale, point de pleurite, pleurodynie.

On peut qualifier cette période de « point de côté pulmonaire », correspondant à ce que Dutrouleau a décrit sous le nom de « point de côté hépatique », lorsqu'il s'agit de la localisation hépatique.

Période d'état ou période de pneumonie nécrotique.

— C'est à cette période que l'expectoration prend ses caractères remarquables et peut, à elle seule, faire le diagnostic de l'affection.

Il s'agit d'abord de crachats bien séparés, peu nombreux, rutilants, aérés de sang pur, faisant penser à une hémoptysie et égarant pour un moment le diagnostic. Peu à peu, l'expectoration change de caractère, elle se charge de glaires, tout en devenant plus abondante ; on trouve chaque matin dans le crachoir du malade 300 gr. environ d'une masse glaireuse au milieu de laquelle on distingue d'assez gros crachats muco-purulents, gris verdâtre, mêlés de nombreuses stries de sang rouge vif. L'aspect est celui « de fraises écrasées dans la crème » (Lautman). Elle est le plus souvent inodore, pouvant quelquefois être fétide (Obs. n° 1).

A l'examen microscopique, ces crachats se montrent constitués par une matière hyaline, avec quelques éléments cellulaires, des leucocytes plus ou moins altérés, des hématies.

Pas de microbes, surtout à cette phase, car par la suite on peut trouver une flore microbienne assez importante.

On peut y rencontrer des amibes nombreuses mobiles à l'état frais et le diagnostic ne fait alors plus de doute (Obs. n° 2, n° 3).

La présence de cette expectoration doit à elle seule évoquer l'amibiase, et faire instituer un traitement émélinien énergique qui, bien conduit, empêche la formation de l'abcès.

L'examen de l'appareil pulmonaire permet de constater l'existence d'un foyer de condensation limité à la

base droite, au-dessus du foie, avec *matité*, se confondant en bas et en avant avec la matité hépatique et remontant parfois assez haut jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, avec diminution du murmure vésiculaire, parfois même abolition complète (Obs. n° 2). Dans ce foyer mat, on entend des râles humides très fins, mêlés à des frottements pleuraux s'entendant mieux après la toux.

La ponction, si elle est faite et quand elle est positive, ramène un pus assez visqueux, de coloration, brun rouge, en tout cas stérile, pouvant rarement montrer la présence d'amibe, et cette non constatation se comprend, car l'amibe, en effet, ne flotte pas dans le pus, elle serait logée dans les parois de l'abcès et on la retrouverait dans les produits de raclage, comme l'a trouvée Natan-Larrier en étudiant le pus recueilli par Tuffier à l'intervention.

A la radioscopie, on découvre une opacité siégeant à la base droite, à contours arrondis flous et non aussi nettement et finement limités que ceux du kyste hydatique, l'abcès étant entouré d'une zone de congestion pulmonaire (mais dans notre observation, l'image était à contours très nets et le diagnostic radiologique entre kyste hydatique et abcès pulmonaire était presque impossible).

Cette opacité tranche sur la transparence du reste des champs pulmonaires. Les rapports avec le foie sont importants à préciser, dans les cas nets elle est bien séparée par une bande claire de la coupole diaphragmatique dont la forme, la situation, la mobilité sont respectées ; mais d'autres fois elle peut, même en inspiration forcée, rester confondue avec l'opacité hépatique et il est difficile de parler dans ces cas d'amibiase pulmonaire pure.

L'examen des autres appareils ne décèle aucune lésion, le foie en particulier n'est ni gros, ni déformé, ni douloureux, la rate est normale.

La fièvre quand elle existe est légère, subcontinue (Obs. n° 3). Cependant au bout de quelques jours, elle tend à s'élever légèrement.

L'état général reste bon, le malade ne maigrit pas ou très peu.

Dans le sang, on trouve de la polynucléose, parfois une légère eosinophilie.

Si, à cette période, un traitement à l'émétine est institué, le malade guérit très rapidement en quelques jours.

Période de suppuration. — Peu à peu, l'affection étant abandonnée à elle-même, la supuration s'établit, l'expectoration devient franchement purulente, tout en restant hémorragique.

Par moments, son caractère hémorragique s'accroît, indiquant une reprise de l'activité des lésions (Chaufard). Très souvent, son aspect est brunâtre, rougeâtre ou de couleur chocolat, « signe pathognomonique », dit L. Kindberg.

Le malade s'anémie, s'épuise, maigrit, n'a plus d'appétit, a de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes, et ressemble de plus en plus à un phtisique (Obs. n° 3).

L'expectoration devient assez brusquement très abondante, plus purulente, véritable vomique, en rapport avec l'évacuation brusque d'une partie du contenu de l'abcès dans une bronche de calibre suffisant.

Il s'agit le plus souvent d'une vomique fractionnée. Pendant trois ou quatre jours, le malade rend 200 gr. par jour, parfois 500 et plus, de pus parfois fétide. (Obs. n° 1). Ces vomiques peuvent être coupées de fortes hémoptysies.

Il peut y avoir des périodes de rétention, alternant avec des périodes d'évacuation de l'abcès.

A cette période, les signes physiques sont étendus. On peut parfois observer à l'inspection une voussure de la base droite avec de l'œdème ; la percussion montre une matité de bois remontant en arrière jusqu'à la fosse sous-épineuse. L'auscultation révèle des signes de condensation très étendus. Parfois, après une vomique importante, on observe des signes de pyo-pneumothorax.

La radio montre une image occupant une zone plus étendue et parfois aspect de poche hydroaérique avec niveau liquide horizontal, quelle que soit la position du malade.

Lorsque l'abcès devient extrêmement volumineux, on observe des signes de compression, signes oculaires, dyspnée, oppression, etc.

Période terminale. — Peu à peu, l'état général du malade resté relativement bon s'altère rapidement et, favorisée par les infections secondaires, l'affection prend les caractères généraux des grandes suppurations. Le malade s'anémiant devient cachectique, son teint terreuse, la courbe thermique présente de grandes oscillations. La toux est incessante, fatigante, l'expectoration abondante, les douleurs thoraciques sont insupportables, et la dyspnée est en rapport avec le volume de l'abcès.

La mort survient au milieu de phénomènes septicémiques.

Evolution. — Abandonnée à elle-même, l'affection aboutit à la mort. La durée est variable de quelques semaines à plusieurs mois, l'évolution se faisant par étapes des périodes de « crises » séparées de périodes intermédiaires pouvant être longues.

Mais si un traitement éméthinien est institué, tout le pronostic est transformé, le malade guérissant même si l'on n'intervient qu'en période d'abcès confirmé.

Formes cliniques. — Nous ne nous sommes occupés que de la forme aiguë, mais d'autres formes cliniques sont à signaler.

Forme latente : Découverte d'autopsie.

Forme enclose : Sans expectoration.

Forme hémoptoïque : Ce sont les examens répétés de crachats avec absence de bacilles de Koch qui font soupçonner l'affection.

Forme pleuro-pulmonaire.

Forme d'allure pseudo-palustre.

Observations

OBSERVATION 1

C. MATTEÏ (Archives Médecine Générale et Coloniale 1931)

M. J. L., 41 ans, mutilé de guerre par amputation de la cuisse droite, sur le front français en 1916, a été pris le 11 octobre 1930 d'une fièvre violente qui atteint rapidement 39°5 et s'accompagne d'une courbature générale, vomissements bilieux, pouls accéléré, constipation marquée. A vrai dire, le malade traînait depuis six jours lorsque les phénomènes généraux sont apparus.

Mais en dehors de la blessure grave du membre inférieur droit qui a entraîné l'amputation de la cuisse en 1916 et de son séjour de deux ans sur le front français, M. L. n'a absolument aucun antécédent pathologique. Il ne se rappelle pas avoir présenté de crises dysentériques et il s'observe avec assez d'attention. C'est un gros mangeur, presque obèse, constipé chronique, en excellente santé apparente.

Les phénomènes généraux qui ont marqué le début de la scène, le 11 octobre, se continuent sans grand changement jusqu'au 13 octobre 1930. Un essai de purgation est resté infructueux. Mais dans la matinée du 13 octobre commence une petite toux sèche, quinteuse, douloureuse, par l'apparition d'un point de côté que le malade localise entre le sternum et le mamelon droit. La percussion de la région sous-claviculaire droite, qui révélait déjà le premier jour une submatité appréciable, séparée par une petite zone sonore de la matité hépatique, montre main-

tenant une matité nette de la même région, sans autres signes à l'auscultation qu'une obscurité respiratoire marquée sous la clavicule.

En arrière, submatité de la base pulmonaire remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate, vibrations conservées, murmure vésiculaire très diminué.

La toux ne tarde pas à ramener deux ou trois crachats purulents verts grisâtres et d'une odeur gangréneuse typiques. En quelques heures, l'état général s'aggrave, et le 13 au soir, le malade est abattu, délirant, son pouls s'est accéléré, est devenu petit et dépressible. Les urines sont rares, sans albumine ni sucre.

Une radiographie pulmonaire est décidée pour le lendemain, mais dès le soir même on commence un traitement par le chlorhydrate d'émétine en injection hypodermique de 0,06 cgr.

L'examen radiographique pratiqué par M. le docteur Dreyon, dans la journée du 14 octobre 1930, montre une ombre à contours vaguement arrondis, tenant en largeur tout le champ pulmonaire, située au-dessus du diaphragme, dont elle est mal séparée, mais cependant à situation nettement intrathoracique et remontant jusqu'à l'espace compris entre la VII^e et la VIII^e côte. Le contour du diaphragme apparaît nettement à son niveau normal dans la partie externe de la base droite.

La radiographie a été faite dans le décubitus dorsal, l'amputation de la jambe du malade rendant impossible une radiographie debout.

On ajoute à l'émétine un peu d'eucalyptine et d'huile camphrée.

L'expectoration est devenue plus abondante, toujours purulente, grisâtre et très fétide. Le malade paraît faire une vomique fractionnée et le volume total de son expectoration, le 14, atteint 250 cc.

Au troisième jour de la cure éméтинienne, la température s'abaisse, l'expectoration diminue progressivement et rapidement de volume.

Au cinquième jour, elle est très réduite et sans odeur. L'état général se relève rapidement, à la sixième injection de chlorhydrate d'émétine, le malade est pratiquement guéri. A cette amélioration remarquable de l'état général correspond une réduction de la matité et une diminution de la zone obscure à la base du poumon droit.

Au début du mois de novembre, le malade est sur pied, ne présente plus aucun signe, ni local, ni général. La cure éméтинienne, arrêtée le 18 octobre, est reprise le 24 par une série de consolidation de trois injections à 0,06. Une radiographie pulmonaire, pratiquée le 27 novembre, montre qu'il ne reste plus aucune trace de l'abcès sus-diaphragmatique révélé par le premier examen. On relève seulement une très légère obscurité de la base droite et une adhérence au sommet du dôme diaphragmatique droit visible à la radioscopie. Ombres scléreuses diffuses banales dans les deux champs pulmonaires, un peu plus marquées à droite.

L'état général continue à s'améliorer et le malade reprend sa vie normale le 1^{er} décembre 1930.

Une troisième cure éméтинienne de consolidation est pratiquée en janvier 1931. Six injections à 0,06.

Il est resté depuis en excellente santé locale et générale. Voici le résultat de sa dernière radiographie pratiquée par M. le docteur Drevon, le 22 novembre 1931 :

Aspect d'emphysème pulmonaire généralisé. Signes de sclérose pulmonaire disséminés, sans prédominance nette pour un côté du poumon. Base droite d'aspect normal et avec petites ombres calcaires, l'une à la hauteur de la VII^e côte, l'autre au-dessus du sommet diaphragmatique droit.

OBSERVATION 2

Cas des D^{rs} SFEZ, H. BONAN et H. ZÉRAH

B., âgé de 45 ans, a été vu par l'un de nous à plusieurs reprises, au courant de l'année 1927 : c'est un sujet d'aspect chétif, se plaignant toujours d'inappétence, d'asthénie et de douleurs thoraciques. Plusieurs examens minutieux, une radioscopie n'ont pas permis d'étiqueter sa maladie, toutefois la présomption restait à l'esprit, d'autant plus qu'un de ses enfants, âgé de 14 ans, est mort de méningite tuberculeuse, et l'autre de 4 ans est atteint de coxalgie.

Le 15 janvier 1928, B. entre à l'hôpital pour un épisode pulmonaire aigu.

La température est à 39°, le pouls à 120, le malade est assis dans son lit en proie à une dyspnée assez vive, 60 à la minute ; il se plaint d'un point de côté à la base droite, exacerbé par la toux sèche quinteuse.

La palpation montre à cette base une abolition des vibrations, la matité est de bois sur toute la moitié inférieure de l'hémithorax.

À l'auscultation, silence respiratoire absolu. Le foie est normal. Les autres appareils sont indemnes.

Nous pensons à un bloc de pneumonie avec forte réaction pleurale, mais notre diagnostic ne se confirme pas, car trois ponctions successives restent blanches.

Dans les jours qui suivent, la température continue, aussi marquée, le malade crache, deux examens de crachats montrent l'absence de bacilles de Koch.

Au sixième jour de la maladie, la température décroît progressivement, et au dixième jour le malade se considère guéri ; cependant, à la base droite persiste toujours un bloc de matité avec disparition du murmure vésiculaire.

Le malade sort de l'hôpital et chez lui fait un syndrome dysentérique qu'il attribue à la suralimentation. Douleurs abdominales, épreintes, diarrhée sanglante, tels en sont les principaux signes ; il nous rappelle alors qu'il aurait présenté le même tableau quatre ans auparavant. Au bout de huit jours, tout rentre dans l'ordre, l'examen des selles n'a pas été fait.

Le 5 avril, B. revient à l'hôpital pour asthénie intense et douleurs thoraciques à droite.

La courbe thermique décrit un léger mouvement fébrile, les signes pleuro-pulmonaires sont toujours les mêmes, l'expectoration est continue, nous pensons toujours à la tuberculose pulmonaire, d'autant plus qu'un examen radioscopique semble confirmer notre diagnostic, en montrant une zone pulmonaire inférieure droite assez floue de contours et un sommet voilé. Cependant, de nouveau, l'examen des crachats est négatif à deux reprises. On assiste alors à une expectoration de plus en plus abondante, les crachats sont épais, verdâtres, parfois striés de sang, c'est une véritable vomique fractionnée.

Le 12 avril, le malade rejette des crachats très abondants, noirs, chocolatés, il se plaint de douleurs à l'épaule droite.

Etant donné les deux épisodes antérieurs dysentériques, le diagnostic d'abcès du poumon amibien semble avoir une certaine valeur ; nous demandons à l'Institut Pasteur de rechercher les amibes et le laboratoire confirme la présence d'amibes dysentériques dans les crachats.

Nous instituons un traitement à l'émétine, après une série de 0,80, le bien-être est très marqué, l'expectoration se tarit, la température baisse, le malade prend du poids. Nous faisons suivre l'émétine par une cure au stovarsol.

Le malade, guéri, sort de l'hôpital et part en convalescence.

OBSERVATION 3

M. J., 45 ans, né à Tunis et y demeurant, a été pris, le 20 mai 1940, d'un point de côté violent siégeant à la base thoracique droite et en arrière.

L'examen fait ce jour ne montre que des signes vagues, une légère submatité à la base droite avec très légère diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation.

Tout le reste de l'examen se révèle négatif.

C'est le premier accident que présente notre malade. En effet, dans ses antécédents il n'y a rien à signaler, en particulier pas d'épisodes dysentériques nets.

Les jours suivants, le point de côté est toujours aussi marqué qu'au début, mais une toux sèche et quinteuse apparaît, avec légère poussée thermique le soir, 38° à 38°5, et sueurs profuses nocturnes.

A l'examen, les signes sont plus nets, matité franche en arrière remontant légèrement au-dessus de la pointe de l'omolatte avec, à l'auscultation, silence respiratoire presque absolu.

Croyant à un épanchement liquidien, le médecin traitant, le docteur Boulakia, fait une ponction exploratrice qui ne ramène rien.

Le 28 mai, le malade se plaint toujours de son point de côté, quoique moins douloureux, et la toux toujours sèche réveille la douleur.

Quelques râles fins et muqueux apparaissent en arrière dans tout le champ pulmonaire droit.

La fièvre persiste le soir, les sueurs sont plus abondantes, le malade asthénisé maigrit.

Devant tous ces signes, des examens de B. K. sont pratiqués, mais ils se révèlent tous négatifs.

Le 10 juin, soit vingt jours environ après le début de la maladie apparaît un signe nouveau, l'expectoration. C'est une expectoration qui, d'emblée, est abondante, constituée de crachats épais, verdâtres, dont quelques-uns sont striés de sang. Un nouvel examen de crachats avec recherche de B. K. est encore négatif.

Le lendemain, la fille du malade, âgée de 18 ans, présentait un syndrome dysentérique assez net. Coliques abdominales, épreintes et diarrhée muco-sanglante, toutefois il n'y a pas eu d'examen de selles avec recherche d'amibes.

Cet incident n'est pas révélé au médecin, lequel décide pour le lendemain un examen radiographique.

Cet examen pratiqué par le docteur Jaubert de Beaujeu montrait une ombre, à contours nets, ovalaire, à grand axe vertical, occupant en hauteur presque tout le champ pulmonaire droit affleurant la deuxième côte, large de 7 centimètres, et en bas nettement au-dessus de la coupole diaphragmatique droite. L'aspect de cette image rappelle d'assez près celui d'un kyste hydatique.

Le malade traîne ainsi jusqu'au 25 juin, l'expectoration est devenue plus abondante, 300 cc. environ par jour, que le malade rejette par vomique fractionnée.

Devant le caractère des crachats, le médecin demande un examen direct de l'expectoration. Cet examen est pratiqué le 1^{er} juillet à l'Institut Pasteur de Tunis, par le docteur Burnet, il révèle :

La présence d'amibes très mobiles, hématophages (type dysenterie).

Absence de bacilles tuberculeux.

Le diagnostic, jusque-là hésitant, ne fait plus de doute après l'examen de laboratoire. Un traitement énergique à l'émétine est immédiatement institué de la manière suivante :

Injectons biquotidiennes de chlorhydrate d'émétine à 0,04 pendant cinq jours consécutivement. Arrêt de quatre jours, puis reprise pendant quatre autres jours d'une injection biquotidienne à 0,03.

Dès la quatrième injection, le malade était pratiquement guéri, l'expectoration se tarit, les sueurs disparaissent, les signes physiques également, l'état général s'améliore nettement.

Un examen radiographique, pratiqué dix jours après le traitement, montre un nettoyage presque complet de la poche, il ne reste plus qu'une légère ombre de la base droite.

Le 20 juillet, le malade est sur pied et reprend son travail.

En résumé, après une période de début assez longue où il était impossible de poser un diagnostic autre que celui d'une pneumopathie aiguë, la maladie passait à la période d'état, caractérisé surtout par l'apparition de l'expectoration abondante sans aucun caractère spécifique.

Le diagnostic a été, en quelque sorte, une surprise de l'examen de laboratoire, car aussi bien cliniquement que radiologiquement, il était presque impossible à poser.

Il ressort de cette observation, l'importance de l'examen systématique de l'expectoration devant toute suppuration pulmonaire non définie, examen qui doit être fait dans les meilleures conditions et à plusieurs reprises.

Diagnostic Positif

Pour arriver à poser le diagnostic d'abcès amibien du poumon, le clinicien a à sa disposition quatre sortes de données dont chacune, prise séparément, a sa valeur et dont l'ensemble concourt à l'affirmation du diagnostic.

1° *Des données cliniques :*

a) Des antécédents de dysenterie amibienne ou un séjour prolongé dans les terres infestées d'amibes ;

b) L'expectoration glaireuse, hémorragique de couleur chocolat, signe pathognomonique pour L. Kindberg ;

c) La localisation à la base droite ;

d) Des signes généraux peu marqués, non en rapport avec l'extension des lésions ;

e) L'existence d'une hépatite amibienne.

2° *Des données radiologiques :*

La radio fait assez facilement le diagnostic de collection pulmonaire.

3° *Des données bactériologiques :*

L'examen des crachats peut montrer la présence de l'agent causal de l'affection, l'amibe mobile type dysentérique. C'est par cet examen que le diagnostic a été fait dans les observations 2 et 3.

Dans les cas, malheureusement nombreux, où l'amibe ne se trouve pas à l'examen direct, on est guidé vers le diagnostic par l'absence de microbes et de bacilles de Koch.

4° *Des données thérapeutiques :*

Un traitement à l'émétine est suivi de guérison totale de l'affection, nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce test thérapeutique, vu l'action vraiment miraculeuse de l'émétine dans l'abcès du poumon d'origine amibienne.

Diagnostic Différentiel

Nous n'envisagerons pas la période qui précède la constitution de l'abcès.

Il est évident qu'on le confondra avec l'ensemble des pneumopathies aiguës. Une fois le masque de la suppuration levé par la vomique, le diagnostic différentiel sera bien souvent difficile avec le cancer du poumon, les kystes hydatiques et la tuberculose pulmonaire.

1° *Cancer du poumon.* — Le cancer du poumon, naturellement primitif, peut se présenter, en effet, sous une forme cavaire à type d'abcès, infecté secondairement par les anaérobies et réalisant une expectoration à type de vomique putride. Mais on peut dépister le cancer radiologiquement par les signes suivants : irrégularité des contours de la lésion et présence d'une zone de condensation juxta-médiastinale.

D'autre part, l'examen cytologique des exsudats pourra permettre la découverte de cellules néoplasiques, ou des boyaux cancéreux après méthode spéciale d'examen (Sergent).

2° *La tuberculose pulmonaire.* — Surtout lorsqu'une hémoptysie survient au cours de l'abcès amibien, le diagnostic est difficile, d'autant plus que le malade maigrit, présente de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes, c'est le cas des observations 2 et 3. Mais la recherche de bacilles de Koch se révèle négative à plusieurs reprises,

et l'examen radiographique montre, dans le cas d'abcès amibien, une localisation nette à une base, ombre plus ou moins arrondie avec le reste du poumon indemne.

3° *Kystes hydatiques.* — Les kystes hydatiques sont rares en France, mais en Afrique du Nord, ils sont assez fréquent.

Si le kyste est fermé, la radiographie seule peut affirmer le diagnostic. L'image est particulière, car comme le dit Béchère, le kyste hydatique ne détruit pas le tissu pulmonaire, mais le repousse à sa périphérie se manifestant par une ombre arrondie à contours nettement limités et comme tracés au compas.

Si le kyste hydatique s'ouvre, la vomique hydatique ne peut guère passer inaperçue et la recherche des hydatides ou des crochets peut facilement faire le diagnostic.

Si le kyste est suppuré, les difficultés pour le départager de l'abcès sont beaucoup plus grandes, mais la radiographie pourra tout de même nous fournir quelques présomptions. L'image hydro-aérique est volumineuse à grand axe vertical, elle a des contours beaucoup plus nets que dans l'abcès amibien qui donne plus l'impression d'une perte de substance avec ses contours déchiquetés, au milieu d'une zone opaque importante. Cette réaction du voisinage manque le plus souvent dans les images de kyste hydatique suppuré, ou si elle existe elle est relativement peu importante, et ne présente pas les caractères d'opacités des zones qui entourent l'abcès.

Traitement

Le traitement médical de l'amibiase pulmonaire est constitué essentiellement par le chlorhydrate d'émétine.

Cette méthode de traitement, inventée par Rogers (1912), introduite en France par Chauffard, a donné dans tous les cas des résultats surprenants.

Nous devons au professeur Matteï les récents travaux sur les indications, les inconvénients, la posologie, l'action bienfaisante de l'émétine et les limites de son efficacité dans l'amibiase.

La posologie de l'émétine. — La dose quotidienne ne doit jamais être inférieure à six centigrammes, ou supérieure à dix centigrammes. Au-dessous de six centigrammes, l'action est douteuse ou nuisible.

Le traitement doit être intensif. — Injections bi-quotidiennes pendant cinq jours de chlorhydrate d'émétine à 4 centigrammes.

Puis quatre jours de repos suivis de quatre autres jours à 6 centigrammes. Ces doses atteintes, en surveillant quotidiennement le malade, le laisser six semaines au moins sans émétine.

Faire ensuite une cure de consolidation : 6 injections à 4 centigrammes.

L'émétine dans l'amibiase agit très rapidement, en vingt-quatre à quarante-huit heures, l'expectoration se tarit, la toux disparaît, les signes physiques également, et la radiographie révèle une véritable résurrection du tissu pulmonaire.

Non seulement, l'émétine est le traitement de choix de l'amibiase, mais il permet dans bien des cas le diagnostic de l'affection. En effet, devant toute suppuration pulmonaire non étiquetée, si un traitement d'épreuve est suivi d'une guérison totale, c'est que la nature de la suppuration est amibienne.

Grâce à cette façon d'agir devant toute suppuration pulmonaire, nous ne verrons plus l'affection arriver à son stade de suppuration ou de terminaison qui commanderait l'intervention chirurgicale. Le traitement entrepris dès la période de début empêche la formation et la constitution de l'abcès.

Conclusion

Il ressort de cette courte étude :

1° Que l'amibiase pulmonaire pure n'est pas tout à fait exceptionnelle ;

2° Qu'elle se traduit cliniquement par un point de côté thoracique, de la toux, une expectoration qui, en général, est pathognomonique ;

3° Que l'examen des crachats fait dans de bonnes conditions peut montrer la présence d'amibes ;

4° Que son diagnostic est principalement à faire avec celui de la tuberculose pulmonaire et du kyste hydatique ;

5° Importance pour le diagnostic de la connaissance d'un épisode dysentérique ;

6° Les résultats remarquables du traitement émé-
tinien, résultats nullement comparables à ceux donnés
par l'émétine dans les abcès à pyogènes banaux ou à
anaérobies, si bien que le traitement d'épreuve à l'émé-
tine sert au diagnostic de l'amibiase.

Vu et permis d'imprimer

le 10 juin 1941 :

C. MATTEI

Vu et approuvé,

Le Doyen :

L. CORNIL

Vu et permis d'imprimer

Aix, le 14 juin 1941

Le Recteur :

P. MARTINO.

Bibliographie

AUBRY, BERTRAND, CONSTANTINI. — Abscès du poulmon guéri par l'émétine. 1934.

AUBRY, BERTRAND, CASTAGNET. — Abscès du poulmon guéri par l'émétine. 1934.

BERNARD, PATANEL. — Traitement par l'émétine. Société Hôpitaux Paris, Mai 1929.

BRULÉ et LAPORTE. — Traitement par l'émétine. Société Hôpitaux Paris, Mai 1930.

BROC. — *Tunisie Médicale*, 1930.

BUNTING. — Archiv. f. Schiffs und Trepen Hygien N° 3. Haematogenes Amœbie absceos o the Lung. 1906.

BENMUSSA. — Abscès du poulmon. *Revue générale Tunisie Médicale*, 1935.

CHAUFFARD. — Etat hémoptoïque chronique consécutif à l'ouverture dans les bronches du abcès du foie. Emétine. Guérison. *Bul. de Soc. Méd. Hôp.* Janvier 1914.

CHAUFFARD. — Abscès du foie ouvert dans les bronches. Emétine. Guérison. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 25 fév. 1913.

COUTEAUD. — Abscès du foie, du poulmon, du cerveau. *Bul. de l'Acad. de Méd.* 1911.

DUBUJADOUX. — Archives de Médecine Militaire, T. XII Abscès du foie, du poulmon et du cerveau.

FLIEDERBAUM. — Traitement par l'émétine. *Presse Médicale*, sept. 1930.

FONTOYNOUT. — Abscès du foie et abcès du poulmon d'origine amibienne. Société de Pathologie Exotique. Déc. 1933.

- FOUCAUD. — Sur les vomiques dans leurs relations avec les abcès du foie et du poulmon. Arch. de Méd. Navale, 1908.
- FOUCAUD et SEGUIN. — Abcès pulmonaire d'origine dysentérique. Considérations thérapeutiques. Arch. de Méd. Navale, 1910.
- FRANÇOIS et AUTINEL. — Traitement des hépatites amibiennes.
- JACOB. — Des abcès amibiens du cerveau au cours de l'hépatite suppurée dysentérique. *Revue de Chirurgie*, 10 octobre 1911.
- JOSSERAND. — Abcès dysentériques tardifs du poulmon sans abcès du foie. Thèse 1900.
- KINDBERG et MONOD. — Les abcès du poulmon.
- KOURILSKY. — Le traitement des abcès du poulmon.
- LA FERRÈRE. — Abcès dysentériques tardifs du poulmons et du foie. Thèse Lyon 1900.
- LAUTMAN. — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire. Thèse Paris 1923.
- LABBÉ Marcel. — Traitement par l'émétine. Société Médicale des Hôpitaux, Paris. Mars 1930.
- LEGRAND. — Deux cas d'amibiase en Egypte. Bulletin de l'Académie de Médecine. 1920.
- LETELLE et NATTAN-LARRIER. — Précis d'Anatomie Pathologique. 1912.
- LOISON. — A propos d'abcès du poulmon chez les dysentériques coloniaux. Bull. de la Société de Chirurgie, 12 fév. 1908.
- CH. MATTEL. — Notes sur l'emploi du chlorhydrate d'émétine. *Paris-Médical* 1917.
- CH. MATTEL. — Elimination urinaire de l'émétine après injection intraveineuse de chlorhydrate d'émétine. C. R. Soc. de Biolog. 4 avril 1920.
- CH. MATTEL. — Intoxication par l'émétine chez l'homme. *Paris-Médical*. 1935.
- CH. MATTEL. — Considérations sur le traitement des abcès aigus fétides du poulmon. Arch. de Méd. génér. et coloniale. 1932.
- CH. MATTEL. — Notes sur le traitement de l'amibiase par l'émétine. *Marseille-Médical*. 1939.
- NATTAN-LARRIER. — Un cas d'abcès pulmonaire d'origine dysentérique. *Revue de Méd. et d'Hygiène Tropicale* N° 4. 1906.

NATTAN-LARRIER. — Un nouveau cas d'abcès du poumon d'origine dysentérique. *Revue de Méd. et d'Hyg. Trop.* N° 2. 1907.

OPIE. — Hæled Amœbie Abscess of the lever and Amœbie abscess of the lung. *John Hopkins Hospital Bull.* July 1901.

POTHERAT. — Absès amibiens du foie et du poumon. Métastase cérébrale. Dysenterie nostras. *Bull. de la Soc. de Chirurgie.* Fév. 1911.

PAISSEAU et PATEY. — Absès du poumon guéri par l'émétine. Société de Pédiatrie. 21 fév. 1933.

RAYMOND. — Amibiase broncho-pulmonaire. Leçon Faculté d'Alger.

RIST, AMENILLE et Mlle DE PFEFFEL. — Un cas d'abcès amibien du poumon. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* 12 juin 1914.

SIMONIN. — Absès multiples et indépendants du foie et du poumon. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.* 19 juin 1914.

SFEZ, BONAN, ZÉRAH. — *Tunisie Médicale*, 1931.

TUFFIER. — Rapport à la Société de Chirurgie du 5 février 1908.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

